

DSM-5 versus NIMH: ciencias, cultura y política en salud mental

Dra. Elena Levy Yeyati

Psicoanalista, médica psiquiatra. Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de Asociación Mundial de Psicoanálisis.
La casuística de Lacan Compiladora (2013)
E-mail: elyeyati@intramed.net

Resumen

El enfoque categorial, consensuado entre pares, continúa vigente en el DSM-5. Ello demuestra que los diagnósticos son de naturaleza conversacional. Ese estado de cosas no satisface estándares cientificistas y el NIMH abandona el uso del DSM proponiéndose investigar una supuestamente nueva transformación de los diagnósticos psicopatológicos. En nuestro medio a menudo se descuida la colaboración de factores sociales, culturales y políticos cuando se abordan los sistemas clasificatorios actuales porque se asume que sólo se trata de asuntos epistémicos.

Palabras clave: DSM- Políticas del diagnóstico- Historia presente- Epistemología de las clasificaciones psiquiátricas

Abstract

DSM-5 will continue to use categorical view to define mental disorders, validated by consensus. This has to be considered as evidence about the conversational nature of psychiatric diagnoses. The present state of affairs does not satisfy scientific standards, that is why NIMH will abandon the use of DSM for investigation in psychopathology. When classification systems are assessed we often underestimate the participation of factors others than epistemic, like the social, cultural and political ones.

Key words: DSM-Politics of diagnoses- Present history- Epistemology of psychiatric classifications

PARA COMENZAR

En febrero de 2013 la administración Obama (Press Secretary, 2013) anunció que el presupuesto del proyecto Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAIN) -pensado para mapear todas las regiones cerebrales- contaría, para comenzar, con unos USD100 millones en 2014. El dinero provendría, en parte, del National Institute of Health (NIH), uno de cuyos institutos es el National Institute of Mental Health (NIMH), destinado a la investigación en salud mental. Obama mismo alentó la iniciativa, explicando que podría ayudar a comprender, y tal vez curar, enfermedades neurológicas y psiquiátricas (Press Secretary, 2013). Las repercusiones en el campo de la salud mental de semejante asignación presupuestaria no

se hicieron esperar. El 29 de abril de 2013, en vísperas del “mes de la concientización nacional de la salud mental” en EE.UU., Thomas Insel (2013), director del NIMH, postea un texto polémico: “Transforming Diagnosis” (1). Allí explica que se solicitará a los investigadores que estudien los trastornos mentales con fondos del NIMH que examinen a los pacientes mediante el uso de “diagnósticos tradicionales” (como por ejemplo, “depresión”) y que no limiten sus estudios a un diagnóstico único del DSM. Así, los estudios de biomarcadores de “depresión” podrían ser investigados a lo largo de muchos trastornos que presenten anhedonia, perturbación emocional o retardo psicomotor para comprender el circuito subyacente en estos síntomas. Para Insel el problema central a resol-



ver es que, a diferencia de otras enfermedades, los trastornos psiquiátricos categorizados por el DSM carecen de mediciones objetivas de laboratorio y sólo se basan en el consenso entre clínicos. Y remata “los pacientes se merecen algo mejor”. Para transformar el diagnóstico habrá que investigar el empleo de nuevos criterios propuestos por el NIMH -que indudablemente formarán parte del proyecto BRAIN-. Los criterios incorporarán la genética, el estudio de imágenes cerebrales, las ciencias cognitivas y otros niveles de información, para así sentar las bases de un nuevo sistema clasificatorio (Insel, 2013). Faltaban nada más que 20 días para el lanzamiento del DSM-5, tan esperado como postergado. Según cómo se cuente, la aparición del manual se demoró entre 10 y 20 años. Si se toma como referencia el DSM-IV -versión vigente de criterios diagnósticos desde 1994-, se esperaron 20 años. Si se considera el primer plazo propuesto por la American Psychiatric Association (APA) para lanzar el DSM-5 en 2002, el mismo se postergó 10 años. Brevemente, la insidiosa pregunta de los críticos de un nuevo DSM siempre fue la misma ¿cuál es la validez científica de trastornos mentales que sólo se fundan en el consenso entre clínicos?

Desde que en mayo de 2010 la APA publicó en Internet los borradores provisionales del DSM-5, la polémica ya no se detuvo. Al comienzo, las críticas se limitaban a lo que se publicaba en boletines especializados. En seguida, la revista online *Psychiatric Times* comenzó a postear las críticas que Allen Frances (editor del DSM-IV) llevó adelante en una imparable campaña de alertas. Un poco después, #DSM -sin llegar a ser una tendencia top-, se convirtió en una etiqueta diariamente usada en Twitter. Las polémicas iban (y van) desde la pregunta por la necesidad de una nueva versión del DSM hasta su utilidad y su significación para la investigación. Como es costumbre en psicopatología, el nuevo manual afloraría en una atmósfera de controversias crecientes aunque previsibles.

Las definiciones más controvertidas del DSM-5 conciernen central aunque no solamente, a la expansión diagnóstica surgida de: la redefinición del espectro autista; la eliminación del duelo como criterio de exclusión para diagnosticar

trastorno depresivo mayor; el establecimiento de un nuevo capítulo sobre patologías derivadas del trauma (que contiene 5 nuevos tipos además del estrés postraumático); y la aplicación de los mismos criterios diagnósticos de los trastornos mayores (bipolaridad; depresión mayor; etc.) para diagnosticar niños menores de 6 años. Fuera de esas discusiones, si se compara con el DSM-IV, resulta evidente que las modificaciones propuestas para el DSM-5 no implican el “desplazamiento de paradigma” que pregonaban sus autores (Kupfer et al, 2002; Regier et al, 2011). Por un lado, el enfoque categorial resultó imposible de eliminar y, por el otro, los trastornos mentales no tienen otro modo de validación que el consenso, la socialización de los clínicos. Cabe recordar que el enfoque categorial tuvo un fuerte contrapunto dado por los defensores del punto de vista llamado continuo o de validación estadística de dimensiones (Eysenck, 1990; Widiger y Costa, 1994; McCrae, 1994). Sus partidarios sostuvieron que en una población dada existen espectros o dimensiones subyacentes a las categorías tradicionales, que pueden considerarse biológicamente fundados, universales y estadísticamente cuantificables. Pero, luego de 20 años de ensayos y tanteos, el enfoque dimensional no arrojó ningún resultado satisfactorio para transformar la perspectiva diagnóstica en el DSM-5. Aun así, el proyecto del NIMH parece haber vuelto -de un modo más radicalizado- sobre los mismos argumentos.

Finalmente, tal como lo había anunciado la APA, el 18 de mayo de 2013 se lanzó oficialmente el DSM-5 en San Francisco. Su significación, sin embargo, sufrió una profunda transformación. Por un lado, para quienes no desean que el manual se imponga como libro de referencia diagnóstica resultó auspicioso que un Departamento estatal de EE.UU. rechace el uso del DSM-5. Por otro lado, la propuesta del NIMH redobla la apuesta para reducir la psicopatología a un conjunto de enfermedades del cerebro y, lo que es más inquietante, con un presupuesto mayor. ¿APA versus NIMH? (2) En la actualidad hay demasiadas áreas de las ciencias duras involucradas en el estudio de la neurobiología, como para dejar a las enfermedades mentales en manos de los psiquiatras de la APA. Los



positivistas sueñan que una nueva raza de neurocientíficos reemplazarán a los viejos clínicos porque revolucionarán la comprensión acerca del funcionamiento cerebral, el comportamiento normal y las enfermedades mentales.

PARA CONCLUIR

¿Por qué los DSM no han podido abandonar el enfoque categorial, desplazándose hacia un nuevo paradigma biológico? Tal como lo planteó Freud es necesario sostener la irreductibilidad metodológica de la realidad psíquica al funcionamiento cerebral y, puesto que los autores del DSM son clínicos, es eso mismo lo que les impide abandonar el término *mental* del trastorno -aunque hayan querido olvidar la lección freudiana-. En la práctica hay entidades psicopatológicas clásicas que siguen siendo útiles como ideas reguladoras del juicio clínico. Querer reducir a la biología cerebral lo que emergió como objeto de la salud mental en general y de la psicopatología en particular es, para decirlo con Bassols (2011, p.199), “un procedimiento tan absurdo y pseudocientífico como querer explicar el sentido del cuadro de “Las señoritas de Aviñón” de Picasso por medio de un análisis molecular de la tela y de la pintura depositada en ella”. La práctica del diagnóstico continua siendo conversacional, lingüística y por eso fastidia tanto a quienes detentan ideales biomédicos.

Hoy, las redes sociales nos facilitan una mejor aproximación a la lectura de lo que sucede con la cuestión diagnóstica en EE.UU. Como se puede ver, las políticas de los diagnósticos son asuntos que superan largamente los conocimientos académicos. Las organizaciones científicas y de profesionales de salud mental no son los únicos grupos interesados en su establecimiento. También hay que tener en cuenta el rol que desempeñan los grupos de enfermos, familiares, detractores del etiquetamiento diagnóstico, organizaciones juveniles, asociaciones gay-lésbicos-trans, los veteranos de guerra, educadores, líderes religiosos, legisladores, periodistas, abogados, organizaciones a favor de la reducción de la edad de los menores para dar consentimiento amoroso, etc. Ante tal horizonte de diversidad cultural en una sociedad ¿la neurobiología podría ocupar el lugar de un significante unificador? No lo creo. (3)

Vale la pena recordar que nuestro interés por conocer las vicisitudes del establecimiento de diagnósticos en EE.UU. tiene valor porque, a la larga, muchos de sus resultados se incorporan (con mayor o menor resistencia) en nuestras prácticas, más aun, en nuestras vidas. Si es verdad que la lengua que hablamos nos es ajena, es preciso saber quién habla.

Notas:

- (1) En “Los trastornos mentales no tienen otro modo de validación que su socialización” se muestra la celeridad del NIMH por declarar no científico el proyecto DSM. Postado el 4 de mayo 2013 en <http://elyeyatipsiquiatriapsicoanalisis.blogspot.com.ar/>
- (2) En “Fin d’une époque” E. Laurent plantea su hipótesis sobre las contradicciones insolubles que reveló el proceso de fabricación del DSM-5. Postado el 14 de mayo 2013 en <http://www.lacanquotidien.fr/blog/wp-content/uploads/2013/05/LQ-319.pdf>
- (3) Para estudiar algunos aspectos de este complejo entramado social se puede seguir la Conferencia Nacional de la Casa Blanca dedicada a salud mental que tuvo lugar el 13 de junio de 2013 en @whitehouse, o visitar <http://www.mentalhealth.gov/>.

Referencias:

- Bassols, M. (2011). Tu yo no es tuyo. Lo real del psicoanálisis en la ciencia. Buenos Aires: Tres Haches.
- Brain Initiative: Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAIN) Initiative”. Recuperado en abril 2013 de:

<http://www.nih.gov/science/brain/index.htm>

- Eysenck, H. (1990). “Biological dimensions of personality”. En Pervin, L.A. (Ed.). Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, pp.244-276.

- Insel, T. “Transforming Diagnosis”. Posted April 29, 2013. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>

- Kupfer, D.J., First, M.B., Regier, D.A. (Eds.) (2002). A research agenda for DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Regier, D., Narrow, W., Kuhl, E., Kupfer, D. (Eds.). (2011). The conceptual evolution of DSM-5. Washington, DC-London: American Psychiatric Publishing.

- The White House Office of the Press Secretary “Remarks by the President on the BRAIN Initiative and American Innovation”. Postado April 02, 2013 en <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2013/04/02/remarks-president-brain-initiative-and-american-innovation>

- Widiger, T.A., Costa, P.T. (1994). “Personality and personality disorders”. Journal of Abnormal Psychology 103, pp. 78-91.

